

## RIESGO DE CÁNCER HEREDITARIO QUE INICIAN CONSEJO GENÉTICO. ESTUDIO DE VARIABLES PREDICTORIAS.

Juan A. Cruzado\*, Pedro Pérez-Segura\*\*, Helena Olivera\*, Ruth Sanz\*, Vanesa Hernández\*, Alejandra Suarez\*\*\* y Silvia Mendoza\*\*\*\*

\*Facultad de Psicología. Universidad Complutense de Madrid

\*\*Servicio de Oncología Médica. Hospital Clínico San Carlos de Madrid

\*\*\*Universidad de la Sabana, Bogota, Colombia

\*\*\*\*Universidad de San Luis de Potosí, México

### Resumen

Se lleva a cabo un estudio de los participantes en Consejo Genético Oncológico (CGO) en el momento previo al inicio del proceso, con los siguientes objetivos: a) aportar datos descriptivos de la percepción de riesgo de cáncer, Ansiedad-Rasgo, capacidad de afrontamiento, ansiedad/depresión, trastornos psicológicos, presencia de eventos estresantes en los últimos 3 años y características sociodemográficas y clínicas; b) determinar si existen diferencias en estas variables en función del síndrome hereditario de riesgo de cáncer hereditario: cáncer de mama/ovario, colon y otros; c) valorar la necesidad de intervención psicológica para los participantes; d) determinar si las variables: percepción de riesgo, diagnóstico previo de cáncer, número familiares afectados de cáncer y eventos estresantes en los últimos 3 años predicen adecuadamente la necesidad de tratamiento psicológico.

Se evaluó a 155 pacientes de la Unidad de CGO del Hospital Clínico San Carlos de Madrid con riesgo de cáncer hereditario (mama/ovario: 77, colon: 53, Otros: 35). El 76,8% son mujeres, la media de edad de 44 años, el 70% casados y con hijos, con nivel cultural elevado (40% tenía estudios superiores). Un 37% habían tenido un diagnóstico previo de cáncer. La percepción de riesgo era relativamente alta: el 34% considera su riesgo superior de padecer cáncer con mayor probabilidad del 50% y un 20% considera que su riesgo es más del 75%. La mayor parte de los participantes poseían una buena capacidad de afrontamiento (91%). El 40% dice sufrir síntomas de ansiedad/depresión y preocupación. Un 65% ha sufrido aconteci-

mientos vitales estresantes en los 3 últimos años. Un 28% ha recibido tratamiento psicológico en los últimos dos años, por trastornos afectivos o ansiedad. Las puntuaciones en Ansiedad-Rasgo (STAI-R) estaban dentro del rango de puntuaciones normales en la población general. El MANOVA género x síndrome hereditario (mama/ovario, colon y otros) reveló que los participantes de cáncer de colon tenían las puntuaciones más elevadas en el STAI-R ( $p=0,009$ ); Así mismo, las mujeres con cáncer previo presentaban niveles más altos en STAI-R que las que no habían padecido cáncer.

Se valoró que 33 (25%) de 133 participantes necesitaban atención psicológica. El modelo regresión AMOS 5 con las variables observadas: STAI-R, cáncer previo, percepción de riesgo, número de familiares con cáncer, y acontecimientos estresantes explicaba el 51% de la varianza de la variable necesidad de tratamiento psicológico. El mayor valor predictivo se debía a la puntuación en el STAI-R y en menor medida al diagnóstico previo. La curva COR, utilizando como variable de contraste el STAI-R para clasificar a los participantes como positivos o negativos para la necesidad de tratamiento psicológico, mostró la utilidad del STAI-R como instrumento de screening de la necesidad de tratamiento psicológico. Se concluye la necesidad de tratamiento psicológico en el CGO para un significativo número de pacientes que acuden a CGO.

**Palabras clave:** Consejo genético, cáncer, percepción de riesgo, tratamiento psicológico, ansiedad, Psicooncología.

### Correspondence:

Juan A. Cruzado  
Facultad de Psicología  
Universidad Complutense de Madrid  
28223 Madrid  
E-mail: [jacruzado@psi.ucm.es](mailto:jacruzado@psi.ucm.es)

## Abstract

A study of Oncological Genetic Counseling (CGO) participants is realized, previously to begin the process, with the following aims: a) to provide descriptive data about cancer risk perception, Anxiety-Trait, coping competence, anxiety/depression, cancer-specific worries, previous psychological disorders, stressful life events during last 3 year, and sociodemographic and clinical characteristics, b) to determine if there are differences between 3 hereditary cancer risk syndromes: breast/ovarian, colon and others on those variables; c) to evaluate psychological intervention needs; d) to determine if those variables (risk perception, Anxiety-Trait, cancer previous, number of cancer relatives and stressful life events) can predict the need of psychological treatment.

155 participants were assessed on CGO Unit at Hospital Clínico San Carlos with hereditary risk of cancer (breast/ovarian: 77; colon: 53; others: 35). The sample characteristics were: 76.8% women, age mean: 44 years, 70% were married with children, and high educational level (40% university studies). There were 37% with previous cancer diagnostic. Risk perception was moderately high: there were 34% that considered his/her risk higher than 50% and 20% considered that risk was higher than 75%. Most participants considered them-

selves with good ability to cope with cancer risk (91%), but 40% report anxiety/depression and worries cancer-specific. 65% has suffered stressful life events in the last 3 years. 28% have received psychological treatment in the last two years. The scores on Anxiety-Trait (STAI-R) were on normal range for Spanish population. MANOVA gender x hereditary syndromes (breast/ovarian, colon and others) showed higher scores of colorectal cancer participants on STAI-R ( $p=0.009$ ); Moreover, women with previous cancer have a higher score on STAI-R than women without previous cancer diagnostic. There were 33 (25%) of 133 participants assessed that need psychological attention. AMOS 5 regression model with observed variables: STAI-R, previous cancer diagnostic, risk perception, number of cancer relatives, and stressful life events, explained 51% of the variance of psychological treatment needs. The analysis of ROC Curve using as contrast STAI-T variable to classify participants as positive or negative for need of psychological treatment showed that the STAI-R is a useful screening tool for psychological treatment needs. It is concluded that psychological intervention is necessary for a significant number of CGO participants.

**Key words:** Genetic counseling, cancer, risk perception, psychological treatment, anxiety, Psycho-oncology.

## INTRODUCCIÓN

La atención integral a las personas con riesgo de cáncer hereditario hace necesario determinar el status psicosocial de las personas que acuden a las Unidades de Consejo Genético Oncológico (CGO), es decir contestar a la pregunta: ¿Cuáles son las características de las personas que acuden a CGO?, así como conocer cuántas personas de las que acuden a CGO precisan atención psicológica y qué variables son las que mejor permiten identificar desde un primer momento para quiénes es recomendable o necesaria dicha atención psicológica.

Está constatado que las personas que es más probable que las personas que han sido diagnosticadas de cáncer acudan a CGO<sup>(1-4)</sup>, lo cual refleja su fuerte motivación para ayudar a las personas no afectadas de su familia, recibir información para aclarar el riesgo de

sus hijo o hermanos y obtener información sobre las causas del cáncer y medidas preventivas en su propio caso. Se ha de señalar que las mujeres diagnosticadas previamente de cáncer presentan puntuaciones más altas en ansiedad, depresión y *distress* (malestar) que las no afectadas, tanto en línea base como en periodos posteriores<sup>(1,5,6)</sup>. Sobre todo, las mujeres diagnosticadas de cáncer menos de un año antes de iniciar el CGO muestran mayores niveles de malestar que las que han sido diagnosticadas hace mayor tiempo. Además, se ha de tener en cuenta que las personas afectadas de cáncer son las primeras de la familia en llevar a cabo el test, y sus resultados tienen consecuencias para la determinación del riesgo de los otros familiares.

Así mismo, cuanto mayor es la historia familiar de cáncer<sup>(1,4,7)</sup> y más alta es la percepción de riesgo, más probable es el inicio del proceso de CGO<sup>(1,5,6,8)</sup>. El riesgo per-

cibido juega un importante papel para que una persona decida participar en el CGO y en la toma de decisiones posteriores de cara al *screening* o a la adopción de otras estrategias de reducción del riesgo. Lo que las personas buscan en el CGO es obtener alivio de su ansiedad relacionada con el cáncer y sentirse seguros o más seguros tanto en lo que respecta a sí mismos como para sus hijos, hermanos y otros familiares.

Gil et al.<sup>(9)</sup> muestran cómo en mujeres procedentes de familias con historia amplia de cáncer de mama familiar se presenta una elevada percepción de riesgo de cáncer, mayor del 50% de su riesgo real según las tablas de Claus. En distintos estudios se informa de que la percepción de riesgo de cáncer en mujeres con historia familiar de cáncer en muy variable, ya que va del 9 al 57%<sup>(10)</sup>, pero en general la sobreestimación del riesgo es el dato más frecuente<sup>(11,12)</sup>.

La investigación psicológica ha abordado el problema de la prevalencia de problemas de salud mental y necesidades psicológicas de las personas que acuden a CGO. En concreto Coyne et al.<sup>(13)</sup> evaluaron a 464 mujeres con alto riesgo de cáncer mama/ovario hereditario en cuanto a la prevalencia de trastornos psicopatológicos y *distress* psicológico, y encontraron que menos del 10% presentaban sintomatología psiquiátrica. Los autores consideran que no se requiere una evaluación extensa de la salud mental de las personas que inician CGO, ya que no todas las personas que inician este proceso tienen riesgo de desadaptación ante el mismo. No obstante, Matthews et al.<sup>(14)</sup> en un estudio de 102 personas que acudieron a un servicios de CGO, encontraron que el 41% manifestaban *distress* y ansiedad, el 29% depresión y el 2% ideación suicida. Los pacientes con historia familiar de cáncer experimentaban dificultades emocionales con mayor frecuencia, el 41% tenían interés en recibir atención psicológica y el 69% informaban que les sería de ayuda. Estos datos demuestran la aceptabilidad y el rol potencial de la intervención psicológica para aumentar la adaptación de un cierto

porcentaje de las personas con alto riesgo de cáncer en las unidades de CGO.

## OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

La presente investigación tiene como propósito:

- En primer lugar, aportar datos descriptivos de los participantes en CGO en el momento previo al inicio del proceso, en cuanto a su percepción de riesgo, la ansiedad de rasgo, diagnóstico y tratamiento de trastornos psicopatológicos previos de dichos participantes y sus familiares, los eventos estresantes ocurridos en los últimos 3 años, así como sus características sociodemográficas y clínicas.
- En segundo lugar, se trata de determinar si existen diferencias en cada una de estas variables en cuanto al síndrome hereditario por el que acuden al CGO: cáncer de mama/ovario, cáncer colorrectal u otros.
- En tercer lugar, valorar cuántos participantes en CGO necesitan intervención psicológica.
- Por último, determinar en qué medida las variables de percepción de riesgo, número de personas afectadas de cáncer en la familia, ansiedad de rasgo, diagnóstico previo de cáncer y la presencia de eventos estresantes pueden predecir la recomendación o necesidad de tratamiento psicológico para los participantes.

## MÉTODO

### Muestra

La muestra se compone de 155 personas que acudieron a la Unidad de Consejo Genético del Hospital Clínico San Carlos de Madrid. Durante el periodo Febrero 2001 – Abril 2002, el oncólogo responsable de la Unidad remitía a todos los individuos que demandaban su atención, al equipo de Psicooncología.

## Variables

Se incluyeron en el estudio las siguientes variables:

1. Datos sociodemográficos.
2. Presencia /ausencia de diagnóstico oncológico.
3. Tipo de síndrome hereditario por el que realiza el estudio: mama/ovario, colon, y otros.
4. Percepción subjetiva de riesgo.
5. Capacidad de afrontamiento, ansiedad-depresión, preocupación general y acontecimientos estresantes en los últimos 3 años.
6. Presencia /ausencia de psicopatología durante los últimos 5 años.
7. Presencia de Psicopatología previa y tratamientos recibidos.
8. Psicopatología familiar.
9. Presencia /ausencia de acontecimientos estresantes en los últimos años.
10. Ansiedad rasgo.
11. Valoración psicológica: indicación de tratamiento psicológico.

## Instrumentos de evaluación

Los datos relativos a datos sociodemográficos, diagnóstico previo y tipo de síndrome hereditario (mama/ovario, colon u otros) se recogieron de la historia clínica. La información de las variables 4 a 9 se recogió mediante entrevista semi-estructurada, que se creó ex-profeso para realizar el estudio, de acuerdo a la revisión bibliográfica previa. Una vez elaborada dicha entrevista se facilitó a varios expertos de distintos ámbitos (psicólogos, médicos, etc.) para su valoración, tras la cual fue modificada con el fin de obtener una mejor aplicación y comprensión de la misma. Esta entrevista evalúa la información previa, expectativas y actitudes, capacidad de afrontamiento ante el CGO, percepción de riesgo y preocupaciones, apoyo social, problemas psicológicos personales y familiares previos. De esta entrevista se recogen los datos de las siguientes variables para el presente estudio:

- La percepción subjetiva de riesgo se evaluó mediante una pregunta: *Según su opinión y basada en su propia historia familiar ¿Qué riesgo posee de desarrollar cáncer?* (en el caso de las mujeres que previamente fueron diagnosticadas de cáncer, se pregunta por el riesgo de tener una recidiva). Las opciones de respuestas eran: 0-25%; 25-50%; 50-75%; 75-100%.
- Capacidad de afrontamiento, ansiedad, nivel de preocupación y presencia de acontecimientos estresantes, se evaluaron mediante las siguientes preguntas respectivamente (opción de respuesta: Si/No): *¿Se considera a sí misma una persona segura, capaz de afrontar situaciones difíciles?, ¿Con frecuencia se siente Ud. nervioso(a) o deprimido(o)?, ¿Se considera usted una persona preocupada por el riesgo de cáncer?, ¿Le han sucedido acontecimientos estresantes, es decir sucesos que le hayan producido importantes perturbaciones durante los tres últimos años?*
- La psicopatología personal y familiar se evaluaron mediante las preguntas siguientes: *¿Ha recibido atención médica o psicológica por problemas de salud mental en los dos últimos años?* En caso afirmativo, se preguntaba si dicha consulta se debía a trastornos de: estado de ánimo, ansiedad, sexuales, sueño, alimentación, psicóticos, disociativos u orgánicos. En el momento presente: *¿Está recibiendo algún tratamiento psicológico o psiquiátrico? ¿Algún familiar cercano suyo ha tenido o tiene algún problema de salud mental? ¿Está recibiendo tratamiento por ello en la actualidad?*
- La ansiedad de rasgo se midió mediante la Escala de ansiedad rasgo del cuestionario STAI E-R<sup>(15)</sup>. Este cuestionario está formado por dos subescalas: Ansiedad-Estado (STAI-E) y Ansiedad-Rrasgo (STAI-R). La subescala STAI-E evalúa de forma

cuantitativa los niveles actuales de ansiedad. Por el contrario, la subescala STAI-R determina, también cuantitativamente, la ansiedad como rasgo general de la personalidad del sujeto. Ambas formas están constituidas por 20 ítems, cada uno de los cuales se responden mediante una escala de 0 (nada /casi nunca) a 3 (mucho /casi siempre).

- La variable valoración de necesidad de tratamiento psicológico, se llevaba a cabo mediante el juicio clínico del psicólogo que realizaba la entrevista completa.

## Procedimiento

Pasaron a formar parte del estudio todos aquellos sujetos que durante el periodo indicado, pedían una primera cita para ser atendidos en la Unidad de CGO del Hospital Clínico San Carlos de Madrid. Inicialmente eran atendidos telefónicamente por la enfermera de la Unidad, quien les informaba de que previamente a la consulta con el oncólogo debían ponerse en contacto con el grupo de psicólogos, para realizar la evaluación.

En los primeros momentos de la sesión, se informaba a los probandos de que la primera entrevista formaba parte de una evaluación psicológica continuada a lo largo del proceso médico, dejando claros los momentos prefijados para la misma, así como su finalidad y la predisposición del equipo a atenderle si en algún momento lo consideran necesario.

La evaluación se realizaba aplicando la entrevista en primer lugar, seguida de la aplicación del STAI-R.

Al concluir se realizaba una devolución verbal de la información más relevante valorada durante la sesión y, en su caso, la necesidad de un seguimiento psicológico. Además, se recordaba la posibilidad de ponerse en contacto con el equipo de psicólogos si en algún momento del proceso lo requerían, y de que pasado un tiempo se les citaría para continuar la evaluación.

## ANÁLISIS DE DATOS Y RESULTADOS

### Datos sociodemográficos y clínicos

El total de la muestra quedó integrada por 155 personas, con edad media de 43,70 años ( $S_x = 12,14$ ), en un rango de 18 a 74 años de edad. El límite de confianza para la media inferior era de 41,78 y el superior de 45,63 años con el 0,95% de nivel de significación. El ANOVA mostró que los grupos de mama/ovario, colon y otros eran estadísticamente iguales en cuanto a la edad.

En la Tabla 1 se exponen los datos sociodemográficos relativos a sexo, estado civil, nivel de estudios y profesión.

Se llevaron a cabo pruebas de  $\chi^2$  que pusieron de manifiesto la mayor presencia de mujeres en el grupo de cáncer de mama ( $\chi^2_{(2)} = 18,7$ ,  $p < 0,000$ ) tal como se esperaba, así como la ausencia de diferencias de los tres grupos en cada una de las variables restantes: estado civil, nivel de estudios, profesión y situación laboral.

El perfil sociodemográfico de las personas que iniciaban un estudio de CGO a partir de la muestra empleada es el siguiente: predominan las mujeres (76,8%), con edad de algo más de 40 años (43,7); la mayor parte están casados, con hijos en más del 70% de los casos. El 71% están en activo profesionalmente y el nivel cultural es muy elevado, ya que más del 40% tienen estudios superiores.

Los datos relativos al diagnóstico previo de cáncer para cada uno de los tres grupos se exponen la Tabla 2.

Como puede observarse la mayoría de los participantes no han sido diagnosticados de cáncer, pero existen varias personas diagnosticadas previamente (36,83%). La frecuencia de diagnóstico previo de cáncer era mayor en el grupo de mama y colon que en el de otros ( $\chi^2_{(2)} = 7,387$ ,  $p = 0,025$ ).

### Percepción de riesgo de cáncer

Los resultados en cuanto al riesgo percibido de tener cáncer o sufrir una recidiva se exponen en la Tabla 3.

Como puede observarse, la percepción de riesgo es moderadamente alta, casi la

Tabla 1. Datos sociodemográficos por síndrome hereditario y en total (n=155)

| Síndrome Hereditario       | Mama       | Colon       | Otros       | Total        |
|----------------------------|------------|-------------|-------------|--------------|
| <b>Sexo</b>                |            |             |             |              |
| Varones                    | 6 (8,2%)   | 21 (39,6%)  | 9 (32,1%)   | 36 (23,2%)   |
| Mujeres                    | 68 (91,8%) | 32 (60,4%)  | 19 (67,9%)  | 119 (76,8%)  |
| <b>Estado Civil</b>        |            |             |             |              |
| Casado                     | 50 (67,6%) | 2 (3,7%)    | 12 (42,86)  | 100 (64,52%) |
| Pareja                     | 3 (4,1%)   | 38 (70,37%) | 0 (0%)      | 4 (2,58%)    |
| Soltero                    | 14 (18,9%) | 9 (16,67%)  | 11 (39,29%) | 34 (21,94%)  |
| Separado/divorciado        | 5 (6,8%)   | 2 (3,7%)    | 2 (7,14%)   | 9 (5,81%)    |
| Viudo/a                    | 2 (2,7%)   | 1 (1,85%)   | 3 (10,71%)  | 6 (3,87%)    |
| Otro                       | 0 (0%)     | 2 (3,70%)   | 0 (0%)      | 2 (1,29%)    |
| <b>Estudios/ Patología</b> |            |             |             |              |
| Primaria                   | 16 (23,2%) | 11 (26,2%)  | 2 (7,4%)    | 27 (20,5%)   |
| EGB                        | 6 (8,7%)   | 7 (16,7%)   | 2 (7,4%)    | 15 (11,4%)   |
| Bachiller                  | 11 (16,9%) | 8 (19,0%)   | 7 (25,9%)   | 24 (18,2%)   |
| COU                        | 9 (13,0%)  | 1 (2,4%)    | 3 (11,1%)   | 11 (8,3%)    |
| Superiores                 | 27 (39,1%) | 15 (35,7%)  | 13 (48,1)   | 55 (41,7%)   |
| <b>Profesión</b>           |            |             |             |              |
| Ama de casa                | 20 (27,0%) | 14 (26,14%) | 5 (17,9%)   | 37 (24,3%)   |
| Funcionario                | 7 (9,5%)   | 8 (15,1%)   | 5 (17,9%)   | 20 (13,2%)   |
| Trab. cuenta ajena         | 24 (32,4%) | 8 (15,1%)   | 12 (42,9%)  | 44 (28,9%)   |
| Trab. cuenta propia        | 8 (10,8%)  | 9 (17,0%)   | 4 (13,8%)   | 21 (13,8%)   |
| Estudiante                 | 3 (4,1%)   | 0 (0%)      | 0 (0%)      | 3 (2,0%)     |
| Otro                       | 12 (16,2%) | 14 (26,14%) | 2 (7,1%)    | 27 (17,8%)   |
| <b>Situación laboral</b>   |            |             |             |              |
| Activo                     | 30 (47,6%) | 18 (39,1%)  | 23 (60,5%)  | 71 (50,7%)   |
| Paro                       | 6 (9,5%)   | 11 (23,9%)  | 1 (2,6%)    | 11 (7,9%)    |
| Baja                       | 3 (4,8%)   | 5 (10,9%)   | 0 (0%)      | 8 (5,7%)     |
| Jubilación                 | 4 (6,3%)   | 3 (6,5%)    | 1 (2,6%)    | 8 (5,7%)     |
| Excedencia                 | 1 (1,6%)   | 2 (4,3%)    | 0 (0%)      | 3 (2,1%)     |
| Est. Superiores            | 19 (30,2%) | 7 (15,2%)   | 13 (34,2%)  | 39 (27,9%)   |

Tabla 2. Diagnóstico previo de cáncer para cada uno de los tres grupos

| Síndrome Hereditario | Mama        | Colon       | Otros       | Total muestra |
|----------------------|-------------|-------------|-------------|---------------|
| Con diagnóstico      | 44 (59,45%) | 30 (56,67%) | 4 (14,29%)  | 57 (36,83%)   |
| Sin diagnóstico      | 30 (40,54%) | 23 (43,33%) | 24 (85,71%) | 98 (63,2%)    |
| Total por Síndrome   | 74          | 53          | 28          | 155           |

quinta parte considera que su riesgo está entre el 75% y el 100%, y el 34,1% considera que tiene un riesgo de más del 50%. Se puso a prueba la hipótesis de diferencias

entre los tres grupos de síndrome hereditario, mediante la prueba no paramétrica de Kruskal-Wallis, ya que no se cumplía el supuesto de homogeneidad de varianzas

Tabla 3. Riesgo percibido de padecer cáncer en el futuro o tener una recidiva

| RIESGO PERCIBIDO | Mama (n=62) | Colon (n=42) | Otos (n=25) | Total (n=129) |
|------------------|-------------|--------------|-------------|---------------|
| 0-25%            | 21 (33,9%)  | 8 (31,0%)    | 10 (44,0%)  | 45 (34,9%)    |
| 26-50%           | 16 (25,8%)  | 10 (28,6%)   | 12 (48,0%)  | 40 (31,0%)    |
| 51-75%           | 13 (19,4%)  | 6 (19,0%)    | 1 (4,0%)    | 21 (16,3%)    |
| 76-100%          | 11 (21,0%)  | 6 (21,4%)    | 1 (4,0%)    | 23(17,8%)     |

Tabla 4. Capacidad de afrontamiento, ansiedad/preocupación y acontecimientos estresantes

|                            | Mama (n=71) | Colon (n=52) | Otros (n=28) | Total (n=151) |
|----------------------------|-------------|--------------|--------------|---------------|
| Capacidad afrontamiento    | 67 (94,4%)  | 47 (90,4%)   | 26 (92,9%)   | 108 (91,5%)   |
| Ansiedad/Depresión         | 27 (38,0%)  | 33 (63,51%)  | 10 (35,7%)   | 70 (46,4%)    |
| Preocupación               | 34 (47,9%)  | 21 (42,0%)   | 9 (32,1%)    | 64 (43%)      |
| Acontecimiento estresantes | 44 (59,46%) | 37 (69,81)   | 19 (67,85%)  | 100 (65,35%)  |

para la aplicación de ANOVA. Los resultados mostraron que no existían diferencias significativas entre los tres grupos ( $\chi^2_{(2)}=9,92$ ,  $p=0,125$ ). La percepción de riesgo era igual estadísticamente entre quienes habían sido diagnosticados previamente de cáncer y los que no ( $\chi^2_{(1)}=1,68$ ,  $p=0,2$ ). La correlación de Pearson con la variable STAI-R fue muy pequeña: 0,072.

### Afrontamiento, ansiedad/depresión, preocupación y eventos estresantes

Los datos referentes a la percepción de los participantes en cuanto a su capacidad de afrontamiento situaciones difíciles como el consejo genético, su nivel de ansiedad/ depresión en esta situación, su nivel de preocupación y la presencia de acontecimientos vitales estresantes se exponen en la Tabla 4.

Como puede observarse los participantes se sienten con elevada capacidad de afrontar la situación (91,5% de los participantes), y los niveles de ansiedad/depresión y preocupación están presentes en más del 40% de los participantes. Es de destacar la fuerte presencia de personas afectadas por acontecimientos estresantes (65,35%). Las

entrevistas individuales permiten afirmar que estos estresores se refieren en la mayor parte a enfermedades personales y familiares, la mayoría de ellos relacionados con diagnósticos oncológicos de familiares y exitus derivados de los mismos. Con respecto a la capacidad de afrontamiento, nivel de preocupación y eventos estresantes, los tres grupos de síndrome hereditario son iguales; sin embargo, en lo que se refiere a la percepción de ansiedad o depresión existe diferencias significativas ( $\chi^2_{(2)}=9,374$ ,  $p=0,009$ ), siendo el grupo de colon quien muestra puntuaciones mucho más elevadas (63,5%).

### Trastornos psicopatológicos

Los datos relativos al diagnóstico de problemas psicológicos en el pasado, el recibir tratamiento psicológico o psiquiátrico en la actualidad, así como el tener familiares diagnosticados de trastornos psicológicos en el pasado y que estén recibiendo tratamiento psicológico o psiquiátrico se expone en la tabla 5.

Como puede observarse un porcentaje significativo ha recibido tratamiento psicológico durante los últimos 2 años (28,4%) y en la actualidad lo lleva a cabo un (11,11%),

**Tabla 5. Diagnóstico previos de trastornos psicopatológicos y tratamientos psicológicos de los participantes y sus familiares**

|                           | Mama (n=72) | Colon (n=53) | Otros (n=28) | Total (n=153) |
|---------------------------|-------------|--------------|--------------|---------------|
| Diagnóstico participante  | 19 (25,7%)  | 17 (32,1%)   | 8 (28,6%)    | 44 (28,4%)    |
| Tratamientos participante | 9 (12,5%)   | 8 (15,0%)    | 0 (0%)       | 17 (11,11%)   |
| Diagnóstico participante  | 29 (40,0%)  | 23 (43,4.3%) | 13 (46,4%)   | 65 (42,5%)    |
| Tratamiento participante  | 17 (23,6%)  | 8 (15,0%)    | 6 (21,4%)    | 41 (26,8%)    |

**Tabla 6. Tipos de trastornos psicopatológicos previos y actuales de los participantes en CGO**

|              | Mama (n=72) | Colon (n=53) | Otros (n=28) | Total (n=153) |
|--------------|-------------|--------------|--------------|---------------|
| Depresión    | 10 (13,9%)  | 10 (18,9%)   | 5 (17,9%)    | 25 (16,33%)   |
| Ansiedad     | 9 (11.9%)   | 6 (8.6%)     | 3 (11.1%)    | 18 (10.7%)    |
| Sueño        | 1 (%)       | 1 (%)        | 0 (0%)       | 2 (%)         |
| Alimentación | 1 (%)       | 0 (0%)       | 0 (0%)       | 1 (%)         |
| Psicótico    | 1 (%9       | 0 (0%)       | 0 (0%)       | 1 (%)         |
| Orgánico     | 0 (0%)      | 1 (%)        | 1 (%)        | 2 (%)         |

siendo igualmente importante el número de familiares que presentan psicopatología previa. No se encontraron diferencias significativas entre los tres tipos de síndromes hereditarios. En la Tabla 6 se exponen los problemas psicológicos que han padecidos. Fundamentalmente los problemas por los que consultan consisten en trastornos del estado de ánimo (25% del total) o trastornos de ansiedad (10,7% del total).

### Ansiedad de Rasgo

Los datos relativos a la ansiedad de rasgo se exponen divididos por síndrome hereditario y por sexo, ya que en este variable existen baremos diferentes en función del género (Ver Tabla 7).

Como puede observarse, la media global para mujeres (20,04) corresponde al centil 35 de la baremación española del test, es decir, es

**Tabla 7. Resultados de la variable Ansiedad-Rasgo, medida mediante el STAI-R**

| STAI-R            | Mama (n=51) |         | Colon (n=41) |          | Otros (n=26) |         | Total (n=118) |          |
|-------------------|-------------|---------|--------------|----------|--------------|---------|---------------|----------|
|                   | M (n=46)    | H (n=5) | M (n=28)     | H (n=15) | M (n=16)     | H (n=8) | M (n=90)      | H (n=28) |
| Media             | 18,84       | 15,80   | 23,34        | 18.53    | 18,33        | 9,125   | 20,04         | 15.35    |
| Int conf 95% inf. | 16,34       | 4,47    | 19,34        | 14,0     | 14,0         | 5,35    | 18,14         | 12,12    |
| Int conf 95% sup. | 21,36       | 27,13   | 27,35        | 23.065   | 22,65        | 12.90   | 21,95         | 18,59    |
| Mediana           | 18          | 12      | 26           | 20       | 18           | 10      | 19            | 14,50    |
| SX                | 8,47        | 9,12    | 9,91         | 9.18     | 8,68         | 4,51    | 9,0           | 8.34     |



moderadamente baja. En el caso del grupo de mama y el grupos de "otros" es más baja (centil 30), mientras que en el caso de colon es más alta: 23,34 (centil 45). En los hombres la media: 15,35 (centil 30) es también bastante baja. Al igual que en el caso de las mujeres, el grupo de colon es el que presenta una puntuación más alta (18,53, centil 45), mientras que el de mama está situado en un punto intermedio (15,80, centil 40) y el grupo "otros" presenta una puntuación más baja (9,125, centil 10).

Para poner a prueba la hipótesis de diferencias entre los tres grupos en la variable de Ansiedad-Rasgo, se llevo un análisis de varianza mediante el modelo MLG univariante usando el programa SPSS 13, con dos factores fijos (género y tipo de síndrome), siendo la variable dependiente la puntuación obtenida en el STAI-R. Fue significativo el efecto principal del tipo de cáncer ( $F_{(2,112)}=4,956$ ,  $p=0,009$ ) y como era de esperar el efecto del sexo fue significativo ( $F_{(2,112)}=574,16$ ,  $p=0,005$ ). La interacción sexo x tipo de síndrome no fue significativa ( $F_{(2,112)}=107,331$ ;  $p=0,49$ ). Las comparaciones a posteriori mediante la prueba de Scheffé revelan una diferencia significativa entre el grupo

de cáncer de "otros" y el de colon ( $F_{(2,115)}=6,08$ ,  $p=0,022$ ). En la Figura 1 puede observarse la exposición de estas diferencias.

Así mismo, se ha de destacar que existen diferencias significativas entre las mujeres diagnosticadas previamente de cáncer y las no diagnosticadas en la variable de ansiedad de rasgo, comprobadas mediante la prueba de t ( $t_{(87)}=-2,263$ ,  $p=0,026$ ). Sin embargo no se encontró esta diferencia en el caso de los hombres.

### Valoración de la necesidad de tratamiento psicológico

El número y porcentaje de personas que requieren intervención psicológica de acuerdo al informe psicológico se exponen en la Tabla 8. En la figura 2 se expone gráficamente el número de casos que se considera han de recibir un tratamiento psicológico, aquellos que precisan únicamente consejo o intervenciones breves, y en los que no es necesario ninguna intervención psicológica. Como puede observarse, se considera necesario el tratamiento psicológico para cerca del 25% de los participantes. El grupo de personas a los que

Figura 1. Resultados en la variable Ansiedad-Rasgo, para los tres tipos de síndromes hereditarios en hombres y mujeres

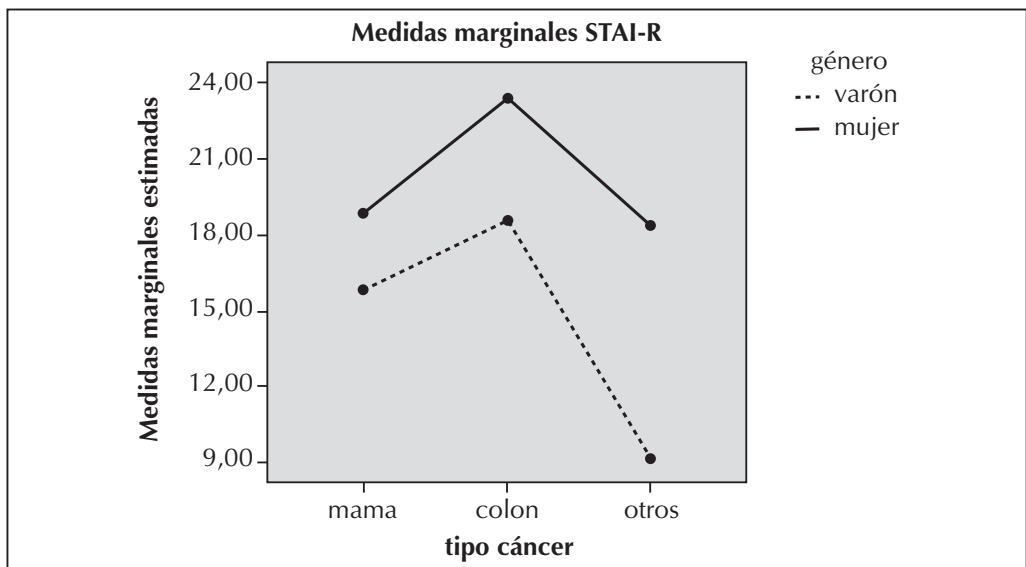


Tabla 8. Valoración de la necesidad de tratamiento psicológico

| Valoración necesidad tratamiento psicológicos | Mama (n= 63) | Colon (n=45) | Otros (n= 25) | Total (n= 133) |
|---|--------------|--------------|---------------|----------------|
| Negativo                                      | 47 (74,6%)   | 31(68,89%)   | 22 (88%)      | 100 (75,18%)   |
| Positivo                                      | 16 (25,4%)   | 14 (31,11%)  | 3 (12%)       | 33 (24,8%)     |

se recomienda tratamiento psicológico está compuesto por 4 hombres (13% de los hombres) y 29 mujeres (28,4% de las mujeres). No se constataron diferencias significativas de la variables sexo en la recomendación de tratamiento. No existían diferencias significativas para los 3 diferentes tipos de síndromes ( $\chi^2_{(2)}=3,17, p=0,205$ ).

El haber sido diagnosticadas previamente de cáncer hace más probable la recomendación de recibir tratamiento psicológico ( $c^2_{(1)}=4,698, p=0,03$ ). Se llevó a cabo un análisis de varianza mediante el modelo MLG univariante, usando el programa SPSS 13.0, con dos factores fijos género y necesidad de tratamiento psicológico siendo la variable dependiente la puntuación en el STAI-R. Se encontró que era significativo el factor princi-

pal de la necesidad de tratamiento ( $F_{(1)} = 8,62, p=0,004$ ). No fueron significativos los efectos principales del sexo y la interacción sexo x necesidad de tratamiento (Ver Figura 3).

Figura 2. Valoración de la necesidad de tratamiento psicológico

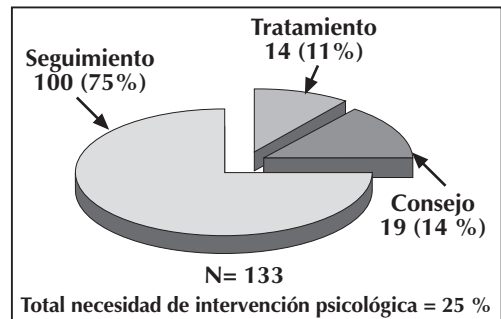
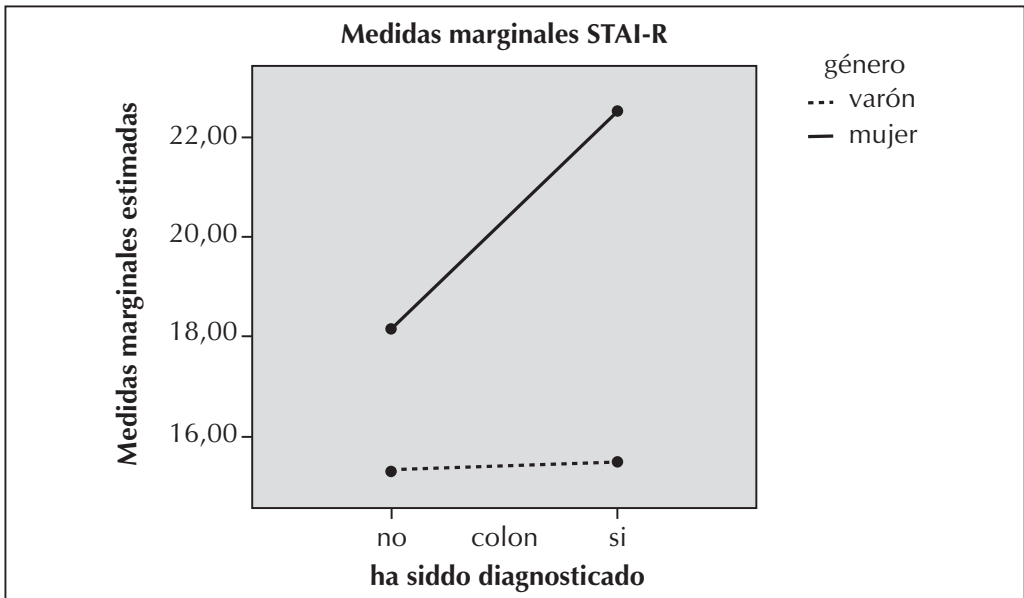


Figura 3. Resultados en la variable Ansiedad-Rasgo, para los participantes que han sido diagnosticados previamente de cáncer y los que no, en hombres y mujeres

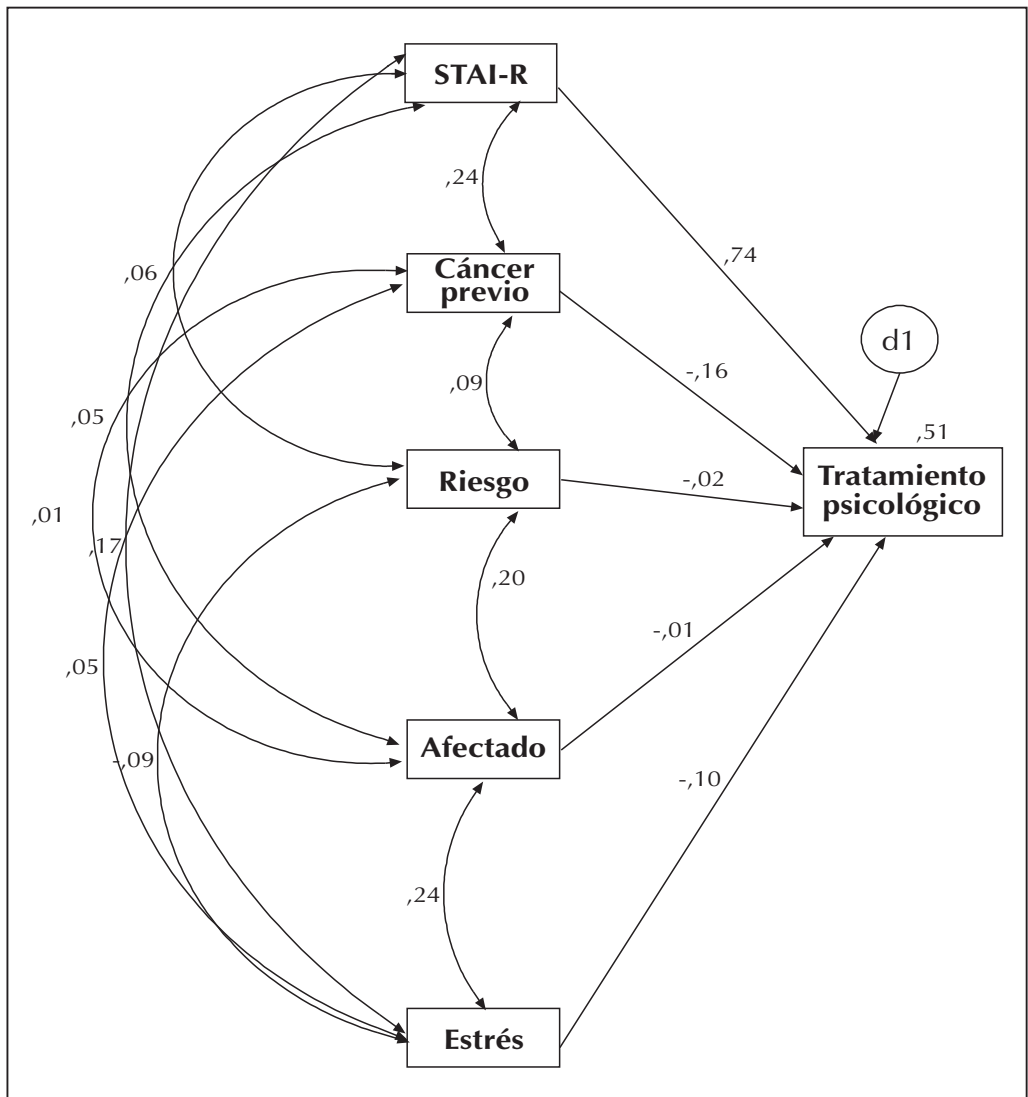


No existían diferencias significativas en la necesidad de tratamiento con respecto a la percepción de riesgo, número de afectados en la familia y presencia de eventos estresantes.

Se llevó a cabo un modelo de regresión realizada a través del programa SPSS AMOS 5, en el que se han utilizado las siguientes variables observadas: STAI-R, percepción de riesgo de cáncer, diagnóstico previo de

cáncer, número de familiares afectados de cáncer y presencia de eventos estresantes en los últimos 3 años. (Ver los resultados en la Figura 4). Tal como puede observarse, la varianza explicada por las variables predictoras es del 51%, la variable con mayor valor predictivo es la puntuación en STAI-R y en menor medida el diagnóstico previo de cáncer. El resto de las variables carece de valor predictivo.

Figura 4. Modelo ecuaciones estructurales AMOS para predecir la necesidad de tratamiento psicológico



En la Figura 5 se expone la curva COR, utilizando como variable de contraste la puntuación en el STAI-R para clasificar a los participantes como positivos para la recomendación de tratamiento psicológico. El área bajo la curva es: 0,710;  $p < 0,001$ , lo cual significa que el STAI-R es un buen instrumento de *screening* para recomendar el tratamiento psicológico.

## CONCLUSIONES

Este perfil sociodemográfico de la muestra es similar al que se ha encontrado en trabajos previos<sup>(16)</sup>: mayor frecuencia de mujeres, casadas, con hijos, con edad media alrededor de 40 años y alto nivel educativo de los participantes. El síndrome por el que se consulta: mama/ovario, colon y otros no está asociado a diferencia alguna en las variables sociodemográficas, salvo en la variable relativa al sexo, ni tampoco al diagnóstico previo.

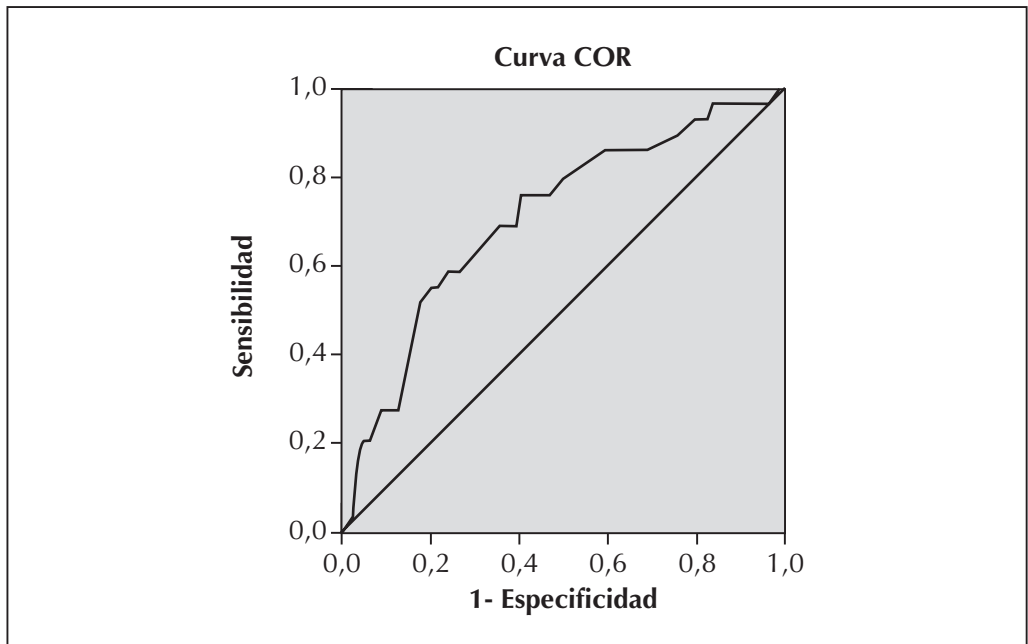
La percepción de riesgo es moderadamente elevada: un 20% considera que su

probabilidad está entre el 75%-100%, y el 34,1% considera que su riesgo es superior al 50%. El síndrome hereditario por el que se consulta y el diagnóstico previo no producen diferencias en cuanto a la percepción de riesgo. Así mismo, la Ansiedad-Rasgo no está asociada a la percepción de riesgo.

Una gran mayoría de los participantes se siente con capacidad para afrontar satisfactoriamente el proceso de CGO y sus resultados (91,5%). Casi la mitad (46,4%) siente ansiedad o tristeza con bastante frecuencia o preocupación (64%) y una gran parte de los participantes ha sufrido acontecimientos estresantes en los últimos dos años (65,35%). El tipo de síndrome hereditario por el que se consulta está asociado a diferencias con respecto a la ansiedad/depresión, ya que los pacientes del grupo de cáncer de colon muestran una frecuencia mucho mayor que los otros dos grupos.

Un número moderado de participantes ha recibido tratamiento psicológico (28,4%) o lo está recibiendo en la actualidad (11,1%), sobre todo por trastornos de

Figura 5. Curva COR, utilizando como variable



estado de ánimo o ansiedad, sin que existan diferencias en función del tipo de síndrome hereditario de consulta.

En cuanto a la Ansiedad-Rasgo se constata que las puntuaciones están en los niveles de la población normal. Es importante el hecho de que el grupo de cáncer de colon tenga las puntuaciones más altas de forma estadísticamente significativa en STAI-R, así como el que se detecte una mayor presencia de síntomas de ansiedad/depresión de los participantes por cáncer de colon. Estos datos indican la necesidad de estudiar más extensamente las posibles diferencias en variables psicológicas en distintos síndromes hereditarios. Se ha encontrado que el grupo de las mujeres diagnosticadas de cáncer presentan puntuaciones más altas en el STAI-R que las no diagnosticadas, lo que confirma la mayor vulnerabilidad psicológica del diagnóstico oncológico previo para las mujeres participantes en CGO.

En el presente trabajo se ha mostrado cómo las personas que acuden a CGO con vulnerabilidad psicológica, manifestada en las puntuaciones más altas en ansiedad y diagnóstico previo de cáncer, necesitan con mayor probabilidad atención psicológica, lo que confirma hallazgos previos<sup>(17,18)</sup>.

Se ha constatado que la Ansiedad-Rasgo discrimina entre los tres tipos de síndrome hereditario motivo de consulta – los de riesgo de cáncer de colon, los de cáncer de colon puntúan más alto-, así como entre las mujeres que han sido diagnosticados previamente de cáncer frente a las que no lo han sido.

Por último, el STAI-R predice adecuadamente los participantes a los que se recomienda tratamiento psicológico, por lo cual sugiere aconsejar el uso de este instrumento como prueba de screening de necesidades psicológicas en participantes en CGO.

En definitiva, los resultados del presente trabajo corroboran la necesidad de evaluación e intervención psicológica para los participantes en CGO, en la misma línea ya apuntada por Matthews<sup>(14)</sup>.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Andrews L, Meiser B, Apicella C, Tucker K. Psychological impact of genetic testing for breast cancer susceptibility in women of Ashkenazi Jewish background: A prospective study. *Gene Testing* 2004; 8:240–7
2. Julian-Reynier J, Sobol H, Sevilla C, Nogues C, Bourret P, and the French Cancer Genetic Network. 2000. Uptake of hereditary breast/ovarian cancer genetic testing in a French national sample of BRCA1 families. *Psychooncology* 2000; 9: 504–10.
3. Lee S, Bernhardt B, Helzlsouer K. Utilization of BRCA1/2 genetic testing in the clinical setting. *Cancer* 2002; 94: 1876–85.
4. Hadley D, Jenkins J, Dimond E et al. 2003. Genetic counseling and testing in families with hereditary nonpolyposis colorectal cancer. *Arch Intern Med* 163: 573–82.
5. Foster C, Evans DG, Eeles R, Eccles D, Ashley S et al. Non-uptake of predictive genetic testing for BRCA1/2 among relatives of known carriers: Attributes, cancer worry, and barriers to testing in a multicenter clinical cohort. *Gene Testing* 2004; 8: 23–9.
6. Lerman C, Schwartz MD, Lin TH et al. 1997. The influence of psychological distress on use of genetic testing for cancer risk. *J Consult Clin Psychol* 65: 414–20.
7. Schwartz MD, Peshkin BN, Tercyak K P, Taylor KL, Valdimarsdottir H. Decision making and decision support for hereditary breast-ovarian cancer susceptibility. *Health Psychol* 2005 Suppl; 24(4): S78-S84.
8. Codori AM, Petersen GM, Miglioretti DL, Larkin EK, Bushey MT, Young C, et al. Attitudes towards colon cancer gene testing: Factors predicting test uptake. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev* 1999, 8: 345–53.
9. Gil F, Méndez I, Sirgo, A, Llorc G, Blanco I, Corte-Funés H. Perception of breast cancer risk and surveillance behaviors of women with family history of breast cancer: a brief report in a Spanish cohort. *Psychooncology* 2003; 12: 821-5.
10. Van Dooren S, Rijnsburger A J, Seynaeve C, Duivenvoorden H J, Essink-Bot M L A, Tilanus-Linthorst M A., de Koning H J, Tibben A. Psychological distress in women at

- increased risk for breast cancer: the role of risk perception *Eur J Cancer* 2004; 40: 2056-63.
11. Croyle RT, Lerman C. Risk communication in genetic testing for cancer. *J Natl Cancer Inst Monogr* 1999; 25: 59-66.
  12. Leventhal H, Kelly K, Leventhal E. A Population risk, actual risk, perceived risk, and cancer control: a discussion *J Natl Cancer Inst Monogr* 1999; 25: 1-85.
  13. Coyne JC, Benazon NR, Gaba CG, Calzone K, Weber BL. Distress and psychiatric morbidity among women from high-risk breast and ovarian cancer families *J Consult Clin Psychol* 2000; 68 (5): 864-74.
  14. Matthews AK, Branderburg DL, Cummings S, Olopade OI. Incorporating psychological counselor in a cancer risk assessment program: necessity, acceptability, and potential roles. *J Genet Couns* 2002; 11: 51-64.
  15. Spielberger CD, Gorsuch RL, Lushene R.E. STAI Cuestionario de Ansiedad Estado Rasgo. 4ª ed., Madrid: TEA Ediciones; 1997.
  16. Culver J, Burke W, Yasui Y, Durfy S, Press N. Participation in breast cancer genetic counseling: the influence of educational level, ethnic background, and risk perception *J Genet Couns* 2001; 10(3): 215-31.
  17. Bleiker EMA, Hahn EE, Aaronson NK. Psychosocial issues in cancer genetics. *Acta Oncol* 2003; 42: 276-86.
  18. Meiser B. Psychological impact of genetic testing for cancer susceptibility: an update of the literature. *Psychooncology*. En prensa 2005.